

Contraception d'urgence : recommandations du groupe IENK pour la remise du lévonorgestrel et de l'ulipristal

Version mise à jour en mai 2026, remplace la version de 2021 (mise à jour des recommandations n° 2, 5, 6, 10, 15 et des conditions-cadres ainsi que compléments d'explications sur la remise simplifiée)

Le Groupe interdisciplinaire d'expert-es en contraception d'urgence (IENK) met en réseau des spécialistes issus de différents groupes professionnels (pharmaciennes et pharmaciens, médecins, spécialistes de la santé sexuelle, sages-femmes) qui s'occupent de la contraception d'urgence (CU). L'objectif du groupe est d'améliorer l'accès à la CU et d'assurer un conseil de qualité.

Depuis la dernière mise à jour d'octobre 2021¹, plusieurs nouvelles études et recommandations internationales ont été publiées. Le Groupe d'expert-es en contraception d'urgence résume dans ce document l'état des connaissances en date du 22 mai 2026.

Les présentes recommandations se basent sur une recherche de littérature pragmatique avec l'implication de sociétés de discipline nationales et internationales. Dans leurs principes fondamentaux, elles sont conformes aux recommandations internationales fondées sur les preuves et sur le respect des droits humains en matière de remise de contraceptifs d'urgence oraux en pharmacie².

Table des matières

1. Quand une CU est-elle indiquée ?
2. Quelles sont les options disponibles en Suisse en matière de CU ?
3. Quelle est l'efficacité de la CU ?
4. Comment agit la CU hormonale ?
5. Quels sont les avantages et les inconvénients du LNG et de l'UPA ?
6. Le poids corporel / l'indice de masse corporelle ont-ils un impact sur l'efficacité de la CU ?
7. Quelles sont les interactions pertinentes en lien avec l'utilisation de la CU ?
8. Quels sont les effets indésirables médicamenteux ?
9. Quelles sont les contre-indications ou restrictions concernant l'utilisation de la CU ?
10. Quelles sont les recommandations pour les personnes qui allaitent et qui ont besoin d'une CU ?
11. Une CU hormonale peut-elle être remise si un RSNP a déjà eu lieu plus tôt dans le cycle ?
12. Quand et comment faut-il exclure une possible grossesse avant la prise de la CU ?
13. Une CU hormonale peut-elle être utilisée plus d'une fois au cours d'un même cycle ?
14. Future contraception : que prendre en considération ?
15. Une CU peut-elle être aussi délivrée en réserve dans des cas exceptionnels justifiés ?

Conditions-cadres concernant les règles de bonnes pratiques de remise de CU en officine

- Espace-conseil séparé
- Si la personne concernée est accompagnée (p. ex. partenaire, ami-e, parent-e, ...), c'est à elle seule de décider si la présence de cette personne est souhaitée dans l'espace-conseil.
- Communication transparente du prix de la prestation avant l'entretien-conseil
- Informer sur la procédure, la protection des données et la nécessité d'enregistrer les données personnelles lors de la remise de la CU (médicaments soumis à documentation).
- Si souhaité, la CU peut aussi être donnée à emporter, une prise sur place n'est pas obligatoire. Une prise rapide est essentielle, car l'efficacité diminue avec le temps.
- Fournir des informations orales et écrites sur les effets indésirables de la CU ainsi que sur les mesures contraceptives suivant la prise de la CU
- Si souhaité, fournir des informations orales et écrites sur d'autres thèmes de santé sexuelle (contraception, examens gynécologiques préventifs, infections sexuellement transmissibles (IST), etc.) et faire référence au répertoire des centres de consultation de Santé Sexuelle Suisse.

Remise simplifiée sans prescription médicale

Les principes actifs utilisés pour la contraception d'urgence orale sont soumis à l'obligation de consigner et peuvent être remis par des pharmaciennes et pharmaciens sans prescription médicale dans le cadre de la remise simplifiée (liste B).

Les conditions régissant cette remise sont notamment les suivantes :

- Consignation de la remise avec fourniture des données personnelles (la remise anonyme n'est pas autorisée) ;
- Informations permettant de retracer la décision de remise (p. ex. protocole pour la remise) ;
- Présence en personne de la personne concernée ;
- Remise par le/la pharmacien-ne.

Des dérogations à ces directives sont possibles dans le cadre d'exceptions justifiées (remise urgente), à condition qu'elles soient suffisamment consignées et compatibles avec le devoir de diligence pharmaceutique.

1. Quand une contraception d'urgence (CU) est-elle indiquée ?

Les personnes qui ne veulent pas tomber enceinte devraient recevoir une CU dans les situations suivantes :

- après un rapport sexuel non protégé (RSNP), indépendamment du jour du cycle menstruel naturel au cours duquel le RSNP non protégé a eu lieu³
- après un RSNP lorsque l'efficacité de la contraception régulière est réduite ou compromise (cf. document « Contraception d'urgence en cas de contraception hormonale »⁴).
- après un RSNP dès le 21^e jour après l'accouchement³
- après un RSNP dès le 5^e jour après un avortement, une fausse-couche ou une grossesse extra-utérine³
- après un épisode de violence sexuelle

Est considéré RSNP tout contact non protégé entre la vulve/le vagin et le pénis, aussi sans pénétration, ou toute éjaculation de sperme à l'entrée du vagin.

2. Quelles sont les options disponibles en Suisse en matière de CU ?

- **Dispositif intra-utérin au cuivre (DIU-Cu) :** la pose d'un DIU-Cu par le ou la gynécologue est possible à n'importe quel moment du cycle jusqu'à 120 h au maximum après le RSNP.³
- **CU hormonale :** deux substances sont autorisées en Suisse pour la CU hormonale :
 - **le lévonorgestrel (LNG),** un progestatif de synthèse, est autorisé en Suisse pour la CU jusqu'à 72 h après un RSNP⁸. Il est disponible depuis 2002 sans ordonnance médicale après un entretien-conseil en officine ou dans un centre de conseil en santé sexuelle autorisé (cf. www.sante-sexuelle.ch/fr/centres-de-conseil) ou auprès d'un ou d'une médecin.
 - **l'acétate d'ulipristal (UPA),** un modulateur synthétique sélectif des récepteurs de la progestérone, est autorisé en Suisse pour la CU jusqu'à 120 h après un RSNP⁹. Il est disponible depuis 2016 sans prescription médicale après un entretien-conseil en officine ou dans un centre de conseil en santé sexuelle autorisé ou auprès d'un ou d'une médecin.
- **Stérilet hormonal (DIU-LNG) :** Bien que de premières études montrent que les DIU-LNG contenant 52 mg de LNG posés hors indication officielle dans les 5 jours suivant un RSNP sont tout aussi efficaces que les DIU-Cu, ceux-ci ne peuvent toutefois actuellement pas être recommandés de façon générale en raison des données globalement insuffisantes.^{3, 6, 7}

3. Quelle est l'efficacité de la CU ?

L'efficacité de la CU est généralement exprimée en taux de grossesses par cycle. En cas de RSNP, le pourcentage de grossesse est en moyenne de 15 % trois jours avant l'ovulation, de 30 % un à deux jours avant l'ovulation, de 12 % le jour de l'ovulation et de presque 0 % un à deux jours après l'ovulation.

Avec un taux de grossesse inférieur à 0,1 %, la pose d'un DIU-Cu confère la meilleure protection contre la survenue d'une grossesse non voulue.³ Des études de méthodologies diverses mettent en évidence des taux de grossesse situés entre 1,0 et 2,3 % pour le LNG et entre 0,9 et 1,8 % pour l'UPA.¹²⁻¹⁴ Il manque toutefois actuellement une étude comparative directe et de puissance adéquate permettant de tirer une conclusion claire en termes d'efficacité comparative de ces deux CU.^{15, 16}

L'efficacité de la CU hormonale dépend du moment de la prise au cours du cycle.^{3, 5} Une prise après l'ovulation est inefficace,^{3, 10, 12 16} mais le moment de l'ovulation ne peut être déterminé que théoriquement et est soumis à de grandes variabilités inter- et intra-individuelles.^{5, 16}

Pour une efficacité maximale, la CU hormonale doit être prise le plus tôt possible après le RSNP.^{3, 5, 8, 9} Plus la CU est prise tôt, plus il est probable qu'elle sera prise avant l'ovulation et pourra ainsi prévenir une éventuelle grossesse.^{3, 14}

D'une manière générale, aucune CU ne présente une efficacité de 100 % ; une grossesse est possible malgré la prise de la CU.³

4. Comment agit la CU hormonale ?

Les deux principes actifs utilisés pour la CU hormonale ont un effet contraceptif en retardant l'ovulation d'au moins cinq jours. Cela évite que les spermatozoïdes encore vivants à ce moment ne fécondent l'ovule.³

Alors que des études montrent que le LNG peut retarder efficacement l'ovulation jusqu'à l'élévation du taux de LH,^{17,18} une étude (n=35 femmes) indique que l'UPA est encore en mesure de retarder l'ovulation et d'empêcher une grossesse même dans la phase folliculaire avancée après l'élévation du taux de LH et jusqu'à peu avant le pic de LH.¹⁹

Les deux méthodes sont inefficaces à partir du pic de LH, car l'ovulation ne peut plus être retardée.^{3,12-14,16} Cette inefficacité de la CU hormonale après l'ovulation met en évidence la différence entre CU et avortement. La prise d'une CU après la nidation n'a plus aucun effet sur la grossesse.^{3,5,8,9}

5. Quels sont les avantages et les inconvénients du LNG et de l'UPA ?

Alors que les sociétés de discipline médicale³ recommandent l'UPA comme premier choix dans la plupart des situations, les études¹³ sur lesquelles se base cette recommandation sont fortement critiquées pour leur méthode, l'absence de signification statistique et les conflits d'intérêts. C'est pourquoi certains auteurs recommandent le LNG comme premier choix dans la plupart des situations.^{15,16,20,21}

À la lumière de ces recommandations controversées, il n'est pas approprié de privilégier d'une manière générale l'UPA ou le LNG, car le niveau de preuve actuel est insuffisant. Le choix requiert une clarification préalable ainsi qu'une évaluation individualisée des avantages et des inconvénients des deux substances avec la personne concernée.

LNG:

- **Avantages:** longue expérience et prix avantageux ; pas d'interaction connue entre le LNG et les contraceptifs hormonaux (cf. chap. 7)^{3,8} ; données plus solides sur la sécurité pendant l'allaitement (cf. chap. 10).
- **Inconvénients:** autorisé seulement jusqu'à 72 h après le RSNP⁸ ; selon des études, inefficace à partir de l'élévation du taux de LH¹⁷ ; diminution plus importante de l'efficacité en cas de surpoids ou d'IMC élevé (cf. chap. 6).

UPA:

- **Avantages:** autorisé jusqu'à 120 h après le RSNP⁹ ; selon une étude, efficacité supérieure à partir de l'élévation du taux de LH et jusqu'au pic de LH¹⁹
- **Inconvénients:** prix élevé, interaction entre UPA et contraceptifs hormonaux^{3,9} (cf. chap. 7), fréquent retard de la prochaine menstruation (cf. chap. 8).

6. Le poids corporel / l'indice de masse corporelle (IMC) ont-ils un impact sur l'efficacité de la CU ?

Indépendamment du poids corporel ou de l'IMC, le DIU-Cu constitue toujours la méthode de CU la plus efficace.^{3,5}

Quelques études suggèrent qu'un poids corporel ou un IMC accrus entravent l'efficacité de la CU hormonale, notamment celle du LNG.^{3,5,10,24,25} Bien que les données des études disponibles ne permettent actuellement pas de confirmer avec certitude une diminution de l'efficacité ou de fixer une limite supérieure claire concernant le poids corporel ou l'IMC,²²⁻²⁴ la procédure suivante est recommandée:²⁵

- À partir d'un **poids corporel > 70 kg ou d'un IMC > 26 kg/m²**, la pose d'un DIU-Cu en CU devrait être recommandée en premier lieu.
- Si la pose d'un DIU-Cu n'est pas une solution envisageable pour la personne concernée, l'UPA à dose standard est considéré comme l'option à privilégier.
- Si le LNG est considéré comme étant la solution la plus appropriée (p. ex. sous contraception hormonale en place, voir chap. 7), le LNG en dose double peut être proposé en cas de poids > 70 kg ou d'un IMC > 26 kg/m² (3 mg, emploi hors indication officielle).

7. Quelles sont les interactions médicamenteuses pertinentes pour l'utilisation de la CU ?

Tant le LNG que l'UPA sont des substrats du cytochrome P450 3A4. Leur efficacité comme CU est susceptible d'être réduite chez les femmes qui prennent simultanément ou ont pris au cours des quatre semaines précédentes des **médicaments inducteurs du CYP3A4** (carbamazépine, rifampicine ou certaines préparations de millepertuis p. ex.).^{3,5,8,9}

- La pose d'un DIU-Cu est dans ce cas la méthode de premier choix.^{3,5,8,9}
- Si le DIU-Cu n'est pas une option, une double dose de LNG (3 mg) peut être envisagée.^{3,8,10}
- Faute de données suffisantes, une double dose d'UPA n'est pas recommandée.³

L'UPA se lie avec une forte affinité aux récepteurs de la progestérone, ce qui peut entraîner une interaction avec les **progestatifs** (pilule contraceptive ou LNG employé comme CU p. ex.).^{3,9,10}

- L'efficacité de l'UPA employé pour la CU peut diminuer si la personne concernée prend un médicament à base de progestatif au cours des 5 jours après la prise de l'UPA ou au cours des 7 jours avant la prise de l'UPA.^{3,9}
- La prise d'UPA peut réduire l'efficacité des médicaments contenant un progestatif.⁹
- Pour cette raison, il est recommandé d'utiliser le LNG en CU chez les personnes qui utilisent une méthode contraceptive hormonale. Si cette recommandation n'est pas applicable (p. ex. RSNP > 72 h) et que la pose d'un DIU-Cu n'est pas une option pour la personne concernée, il convient de remettre l'UPA avec, comme conséquence, l'arrêt du contraceptif hormonal durant 5 jours.^{3,5,11} La personne concernée doit être informée qu'une contraception supplémentaire avec préservatif est nécessaire durant la pause d'utilisation et jusqu'à ce que l'efficacité de la contraception hormonale soit rétablie (cf. chap. 14).⁵
- Egalement en raison de cette interaction, il est recommandé d'utiliser la même substance en cas de prise répétée de la CU au cours d'un même cycle (cf. chap. 13).^{3,5}

8. Effets indésirables médicamenteux (EI)

Le LNG et l'UPA ont un profil de sécurité similaire et sont bien tolérés.^{3,5,16} Selon les résultats d'une revue Cochrane récente, les EI les plus fréquents sont des règles avancées (LNG: 25,6 %, UPA: 11,0 %) et des règles retardées (LNG: 12,6 %, UPA: 20,8 %) ainsi que des nausées (LNG: 7,9 %, UPA: 9,0 %), des saignements intermenstruels (LNG: 0,9 %, UPA: 0,6 %) et des vomissements (LNG et UPA: 0,3 %).²⁶

Vomissements: en cas de vomissements dans les 3 heures suivant la prise de la CU, un autre comprimé de CU doit être pris.^{3,8,9}

Retard des prochaines règles: un retard important des prochaines règles (> 20 jours) est fréquent après la prise d'UPA, en particulier chez les adolescentes (< 18 ans) (13 % contre 4 % dans toutes les classes d'âge confondues).⁹ Il convient d'attirer tout particulièrement l'attention sur cet EI, car l'absence de règles peut aussi être interprétée comme signe de grossesse.

Si l'absence de règles se prolonge ≥ 3 semaines après la prise de la CU, il est recommandé d'effectuer un test de grossesse.

Grossesse extra-utérine: aucune augmentation du risque de grossesse extra-utérine n'a été observée après la prise d'une CU orale.^{3,5,16}

Toutefois, selon une étude, le risque semble être accru si une CU a été prise plusieurs fois au cours d'un même cycle et a conduit à une grossesse.²⁷ Par conséquent, les personnes concernées devraient être informées des symptômes d'alarme d'une grossesse extra-utérine (saignements irréguliers, crampes ou douleurs dans le bas-ventre) en cas de prise répétée de la CU au cours d'un même cycle, surtout lors d'antécédents de grossesse extra-utérine (augmentation supplémentaire du risque).

9. Quelles sont les contre-indications ou restrictions concernant l'utilisation de la CU ?

La CU est sûre et il n'existe aucune restriction médicale concernant son utilisation. Un jeune âge, un surpoids, des antécédents personnels ou familiaux de thromboembolies veineuses, de cancer du sein ou de grossesse extra-utérine ainsi qu'une utilisation répétée de la CU au cours d'un même cycle ne sont PAS des contre-indications à la CU.^{3,5,16} Il convient toutefois de noter que:

- Le LNG et l'UPA sont contre-indiqués en cas de grossesse connue^{8,9} car ils sont inefficaces à ce stade.¹⁶ Cependant, rien n'indique un effet tératogène.^{3,8,9}
- Le LNG et l'UPA sont contre-indiqués en cas de troubles sévères de la fonction hépatique.^{8,9} Toutefois, une grossesse constitue un risque encore plus important chez les personnes atteintes de troubles sévères de la fonction hépatique, de sorte qu'une dose unique de LNG ou d'UPA peut être envisagée.³
- En raison de son effet antiglycorticoïde, l'UPA n'est pas recommandé chez les personnes atteintes d'asthme sévère traité par corticoïdes oraux.^{3,9} Chez ces personnes, la pose d'un DIU-Cu ou la prise de LNG sont les méthodes de CU de premier choix.

10. Quelles sont les recommandations pour les personnes qui allaitent et qui ont besoin d'une CU ?

LNG:

- Le LNG ne passe dans le lait maternel qu'en quantités insignifiantes, et aucun effet indésirable n'a été observé chez les nourrissons allaités.^{3,28,29}
- Alors que la documentation professionnelle et de précédentes recommandations préoyaient de suspendre l'allaitement pendant 6 heures,^{1,8} de nouvelles estimations recommandent de ne plus interrompre l'allaitement.^{3,28,29}
- En raison des données plus solides, le LNG reste la méthode de CU de premier choix pendant l'allaitement.

UPA:

- Les données disponibles actuellement ne suffisent pas pour pouvoir faire une évaluation concluante du risque que comporte une prise unique d'acétate d'ulipristal (UPA) pendant l'allaitement.
- Selon les preuves actuelles, le risque pour l'enfant allaité est toutefois très faible en raison des quantités minimales qui passent dans le lait maternel et de la faible toxicité de l'UPA. Un sevrage ou une interruption de l'allaitement ne sont par conséquent pas recommandés.^{3,30}

DIU-Cu:

- durant les 6 premières semaines suivant l'accouchement, l'utérus se contracte et reprend progressivement sa taille initiale. La pose d'un DIU-Cu ne peut donc être envisagée qu'après le retour complet à la normale de l'utérus, soit au plus tôt six semaines après l'accouchement (risque d'expulsion et de perforation plus faible).^{30,31}

11. Une CU hormonale peut-elle être remise si un RSNP a déjà eu lieu plus tôt dans le cycle ?

Des études indiquent que ni le LNG ni l'UPA n'ont d'influence sur une grossesse en cours. Pour les deux substances, rien n'indique un effet tératogène.^{3,8,9}

Si un RSNP a déjà eu lieu au cours du même cycle, tant le LNG que l'UPA peuvent être remis en CU.³

En cas de RSNP antérieur et de signes de grossesse (cf. chap. 12), un test de grossesse devrait être effectué avant la prise de la CU.^{3,5}

12. Quand et comment faut-il exclure une grossesse en cours possible avant la prise de la CU ?

Selon l'information professionnelle, aussi bien le LNG que l'UPA sont contre-indiqués si une grossesse est en cours.

Si une personne a besoin d'une CU en raison d'un RSNP qui a eu lieu dans les 5 jours précédents et qu'en outre,

- elle a également eu (ou aurait pu avoir) un RSNP il y a plus de 21 jours ET que depuis ce RSNP précédent, elle n'a pas eu de règles normales, il faudrait effectuer un test de grossesse avant la prise de la CU.^{3,5}
- elle a également eu (ou aurait pu avoir) un RSNP il y a moins de 21 jours, une grossesse ne peut être exclue de manière fiable au moyen d'un test urinaire. La prise d'une CU est donc possible dans une telle situation sans test de grossesse préalable.³

En l'absence de règles 3 semaines ou plus après la prise de la CU, un test de grossesse est recommandé de manière générale (cf. chap. 8).^{3,5}

13. Une CU hormonale peut-elle être utilisée plus d'une fois au cours du même cycle ?

La prise d'une CU retardant le moment de l'ovulation, le risque de grossesse persiste en cas de nouveau RSNP au cours d'un même cycle.^{3,32}

Des études de petite envergure montrent que le LNG et l'UPA sont sûrs et capables d'empêcher une grossesse non voulue, même s'ils sont pris de manière répétée au cours d'un même cycle.^{3,5,16,32}

De par son mode d'action et son temps de demi-vie, la prise d'une nouvelle CU après un RSNP répété est nécessaire au plus tôt après 24 h.^{5,16,32}

En raison de l'interaction entre le LNG et l'UPA (cf. chap. 7), il est recommandé d'utiliser à nouveau la même substance en cas de prise répétée au cours d'un même cycle.^{3,5,10,16} Si cela n'est pas possible, la personne concernée doit être informée d'une éventuelle perte d'efficacité de la CU dans les cas suivants :

- LNG au cours des 5 jours suivant la prise d'UPA^{3,32}
- UPA au cours des 7 jours suivant la prise de LNG^{3,32}

14. Future contraception : que prendre en considération ?

La pose d'un DIU-Cu est la seule CU offrant une contraception continue.

Les personnes concernées doivent être informées que la CU hormonale n'offre pas d'effet contraceptif sur des RSNP ultérieurs³ et qu'elle ne remplace pas une contraception régulière.^{8,9}

Après la prise de LNG en CU :

- Une contraception hormonale (pilule contraceptive, anneau vaginal, patch contraceptif) peut être immédiatement poursuivie ou initiée sur prescription médicale.^{3,5,10,16}
- Les personnes concernées doivent être informées qu'une contraception supplémentaire avec préservatif ou l'abstinence sexuelle est nécessaire jusqu'à ce que l'efficacité de la contraception hormonale soit rétablie (en règle générale 7 jours) (cf. document « Contraception d'urgence en cas de contraception hormonale »).^{3,4,10}

Après la prise d'UPA en CU :

- En raison de l'interaction entre l'UPA et les progestatifs (cf. chap. 7), il faut attendre 5 jours avant d'initier une contraception hormonale sur prescription médicale.^{3,5,10,16}
- Pour la même raison, une contraception hormonale en cours ne peut pas être poursuivie et doit être interrompue durant cinq jours.^{3,4,5,10}
- Les personnes concernées devraient être informées qu'une contraception supplémentaire avec préservatif ou l'abstinence sexuelle est nécessaire pendant la pause de 5 jours et jusqu'à ce que la contraception hormonale soit efficace (en règle générale 7 jours supplémentaires).^{3,4,5}
- Pour simplifier la procédure et assurer l'efficacité contraceptive, il est recommandé d'entamer un nouvel emballage après la pause de cinq jours.⁴

15. Une CU peut-elle être aussi délivrée en réserve dans des cas exceptionnels justifiés ?

Oui. La remise à titre préventif de LNG ou d'UPA en vue d'une propre utilisation ultérieure (« en réserve ») est adéquate³³ en particulier lorsque l'accès à la CU est difficile (p. ex. en voyage). Des études montrent qu'elle permet une prise plus rapide sans augmenter le comportement à risque.^{34, 35} Le choix du principe actif se fonde sur les mêmes critères que pour l'utilisation d'urgence. Un conseil aux fins d'identifier les potentielles situations à risque et d'assurer une utilisation correcte est alors essentiel, y compris la fourniture d'informations par écrit.

Les personnes suivantes ont participé à l'élaboration des présentes recommandations :

- Prof. Dr Samuel Allemann, pharmacien
- Eva Franz, pharmacienne
- Dr méd. Brigitte Frey, gynécologue
- Petra Graf, sage-femme
- Chloé Parrat, conseillère en santé sexuelle
- Annelies Steiner, responsable formation, Santé Sexuelle Suisse
- Dr méd. Sylvie Schuster, gynécologue
- Esther Spinatsch, pharmacienne
- Eva von Wartburg, pharmacienne
- Dr méd. Susanna Weidlinger, gynécologue

Ces recommandations sont disponibles sur les portails suivants :

- www.ienk.ch → Downloads
- www.imail-offizin.ch → Liens utiles → Contraception d'urgence
- www.pharmaSuisse.org → Santé sexuelle, Contraception d'urgence
- www.sante-sexuelle.ch → Nos activités, Travail de réseautage, IENK

Références :

- ¹ Groupe interdisciplinaire d'expert-es en contraception d'urgence (IENK). Recommandations pour la remise du lévonorgestrel et de l'ulipristal. 2021.
- ² European Consortium for Emergency Contraception (ECEC). Dispensing emergency contraceptive pills according to the evidence and human rights: the role of pharmacists. [Available from: 2024. https://www.ec-ec.org/wp-content/uploads/2024/04/Consensus_statement_2024_2ndEdition.pdf]
- ³ College of Sexual and Reproductive Healthcare (CoSRH). Clinical Guideline: Emergency Contraception. 2017, Amended 2026. [Available from: <https://www.cosrh.org/Public/Standards-and-Guidance/Emergency-Contraception.aspx>]
- ⁴ Groupe interdisciplinaire d'expert-es en contraception d'urgence (IENK). Contraception d'urgence en cas de contraception hormonale. 2026.
- ⁵ European Consortium for Emergency Contraception (ECEC). Emergency contraception: A guideline for service provision in Europe. 2016. [Available from: <https://www.ec-ec.org/wp-content/uploads/2016/05/ECEC-Guidelines-2nd-edition-May2016.pdf>]
- ⁶ Kaiser JE et al. One-year pregnancy and continuation rates after placement of levonorgestrel or copper intrauterine devices for emergency contraception: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2023 Apr;228(4):438.e1-438.e10. doi: 10.1016/j.ajog.2022.11.1296. Epub 2022 Nov 23. PMID: 36427600; PMCID: PMC10065890.
- ⁷ Ramanadhan S et al. The Levonorgestrel-Releasing Intrauterine Device as Emergency Contraception: Re-examining the Data. *Obstet Gynecol*. 2024 Feb 1;143(2):189–194. doi: 10.1097/AOG.0000000000005466. Epub 2023 Nov 21. PMID: 37989139.
- ⁸ Swissmedic, Perrigo Switzerland. Information professionnelle NorLevo 1,5 mg 2019 (Available from: <https://swissmedicinfo-pro.ch>).
- ⁹ Swissmedic, Perrigo Switzerland. Information professionnelle ellaOne 30 mg 2018 (Available from: <https://swissmedicinfo-pro.ch>).
- ¹⁰ Stute P et al. Hormonelle Empfängnisverhütung. Leitlinie der DGGG, OEGGG, SGGG (S3-Level, AWMF-Registernummer 015/015). 2020.
- ¹¹ College of Sexual and Reproductive Healthcare (CoSRH). FSRH Statement: Response to published study: Combined oral contraceptive interference with the ability of ulipristal acetate to delay ovulation: A prospective cohort study. 2018. [Available from: <https://www.cosrh.org/Common/Uploaded%20files/documents/fsrh-ceu-response-coc-after-up-a-ec-1-.pdf>]
- ¹² Creinin MD et al. Progesterone receptor modulator for emergency contraception: a randomized controlled trial. *Obstetrics and gynecology*. 2006;108(5):1089–97.
- ¹³ Glasier AF et al. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis. *Lancet (London, England)*. 2010;375(9714):555–62.
- ¹⁴ Piaggio G et al. Effect on pregnancy rates of the delay in the administration of levonorgestrel for emergency contraception: a combined analysis of four WHO trials. *Contraception*. 2011;84(1):35–9.
- ¹⁵ Felber R. Notfallkontrazeption: neue Daten zu Ulipristal (ellaOne)? *Arzneitelegamm*. 2019; 50:53–4.
- ¹⁶ Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique. La contraception d'urgence: état de la question. *Folia Pharmacotherapeutica* septembre 2019. 2019.
- ¹⁷ Novikova N et al. Effectiveness of levonorgestrel emergency contraception given before or after ovulation – a pilot study. *Contraception*. 2007;75(2):112–8.
- ¹⁸ Gemzell-Danielsson K et al. Mechanisms of action of oral emergency contraception. *Gynecological endocrinology: the official journal of the International Society of Gynecological Endocrinology*. 2014;30(10):685–7.
- ¹⁹ Brache Vet al. Immediate pre-ovulatory administration of 30 mg ulipristal acetate significantly delays follicular rupture. *Hum Reprod*. 2010;25(9):2256–63.
- ²⁰ Premiers choix prescrire: Contraception postcoïtale. *La revue Prescrire*. 2017;1–3.
- ²¹ Prescrire en Question: Contraception postcoïtale: UPA plus efficace que LNG? *La revue Prescrire*. 2018;38:2.
- ²² European Medicines Agency (EMA). Levonorgestrel and ulipristal remain suitable emergency contraceptives for all women, regardless of bodyweight. 2014.
- ²³ Festin MPR et al. Effect of BMI and body weight on pregnancy rates with LNG as emergency contraception: analysis of four WHO HRP studies. *Contraception*. 2017;95(1):50–4.
- ²⁴ American society for emergency contraception (asec). Efficacy of emergency contraception and body weight: current understanding and recommendations. 2022. Available from: [<https://www.americansocietyforec.org/reports-and-factsheets>]
- ²⁵ College of Sexual and Reproductive Healthcare (CoSRH). FSRH Statement: Response to new evidence relating to dose of levonorgestrel oral emergency contraception for individuals with higher body mass index (BMI). 2022. Available from [<https://www.cosrh.org/Public/Standards-and-Guidance/Emergency-Contraception.aspx>]
- ²⁶ Shen J et al. Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;1:Cd001324.
- ²⁷ Zhang J et al. Association between levonorgestrel emergency contraception and the risk of ectopic pregnancy: a multicenter case-control study. *Scientific reports*. 2015;5:8487.
- ²⁸ e-lactancia. Association for Promotion of and cultural and scientific Research into Breastfeeding. Available from: [<http://www.e-lactancia.org>]
- ²⁹ Centre de Référence sur les Agents Tératogènes (CRAT). Available from: [<http://lecrat.fr>]
- ³⁰ College of Sexual and Reproductive Healthcare (CoSRH). FSRH Statement: Ulipristal Acetate and Breastfeeding. 2025. Available from: [<https://www.cosrh.org/Public/Standards-and-Guidance/Emergency-Contraception.aspx>]
- ³¹ Swissmedic, Bayer Switzerland. Information professionnelle Nova T 380 DIU. Available from: [<https://swissmedicinfo-pro.ch>]
- ³² European Consortium for Emergency Contraception (ECEC). Repeated use of emergency contraceptive pills: summary of current recommendations. 2025. Available from: [https://www.ec-ec.org/wp-content/uploads/2025/01/ECEC_Repeated-use-of-ECP_JAN_2025.pdf]
- ³³ Rudzinski P et al. Emergency contraception – A review. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, Volume 291, 213–218. 2023
- ³⁴ Ekstrand M et al. Twelve-month follow-up of advance provision of emergency contraception among teenage girls in Sweden-a randomized controlled trial. *Ups J Med Sci* 2013;118:271–5. <https://doi.org/10.3109/03009734.2013.841308>.
- ³⁵ Polis CB et al. Advance provision of emergency contraception for pregnancy prevention. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007. Available from: [<https://doi.org/10.1002/14651858.CD005497.pub2>]